



NOM de l'enfant : Prénom :
(en lettres majuscules) (en lettres majuscules).

Sexe : M F

Né(e) le À (Commune et Département) :

Adresse de résidence :
.....

Niveau (classe) à la prochaine rentrée :

Pré-inscription de l'enfant aux prestations suivantes :

- Restauration scolaire
- Accueil périscolaire (Garderie matin-soir)
- Accueil de Loisirs Sans Hébergement (ALSH)
 - Mercredi durant la période scolaire
 - Vacances scolaires

L'enfant a-t-il un(e)/des frère(s) /
sœur(s) inscrit(e)(s) à Léognan ?

OUI – NON

- 1/ École.....
- 2/ École.....
- 3/ École.....

Organisme (CAF, MSA, autre) : N° Allocataire.....

RESPONSABLE LÉGAL 1 (payeur / allocataire CAF) : parent tuteur

NOM et Prénom : Date de naissance :
(en lettres majuscules)

Profession :

Adresse :
.....

Tél. domicile : Tél. portable : Tél. travail :

Adresse mail :

RESPONSABLE LÉGAL 2 : parent tuteur

NOM et Prénom : Date de naissance :
(en lettres majuscules)

Profession :

Adresse (si différente) :
.....

Tél. domicile : Tél. portable : Tél. travail :

Adresse mail :

Situation des parents : Célibataire – Marié – Concubin – Veuf – Pacsé - Divorcé (*) – Séparé (*)

(*)Type de garde : Alternée Père : Mère :

CONJOINT(E) (pour les familles recomposées)

NOM et Prénom : Tél :

NOM et Prénom : Tél :

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

À REMPLIR OBLIGATOIREMENT + FOURNIR COPIE DU CARNET DE SANTÉ

ou

DOCUMENT ATTESTANT QUE L'ENFANT EST À JOUR DE SES VACCINS OBLIGATOIRES

VACCINS OBLIGATOIRES	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS OBLIGATOIRES	DATES DES DERNIERS RAPPELS
DT POLIO		HÉPATITE B	
COQUELUCHE		MÉNINGOCOQUE	
PNEUMOCOQUE		HAEMOPHILUS INFLUENZAE	
R.O.R.		Autre(s) : Préciser	

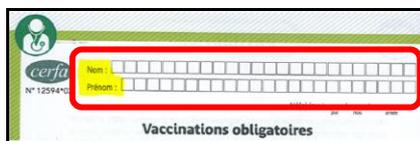
L'enfant bénéficie-t-il d'un **Projet d'Accueil Individualisé (P.A.I.)** ? OUI NON

Nécessité d'un **panier repas** ? OUI NON

Allergie alimentaire ? OUI NON

Documents à fournir OBLIGATOIREMENT :

- ➔ Copie du **LIVRET DE FAMILLE** {complet = parents et enfant(s)}
- ➔ Copie **CARNET DE VACCINATIONS À JOUR** de/des enfant(s) (merci de préciser les NOMS et Prénoms de l'enfant en haut de TOUTES les pages des « Vaccins Obligatoires »)



- ➔ **JUSTIFICATIF DE DOMICILE** de moins de 3 mois (facture gaz / électricité / eau / loyer / assurance habitation). Pas de facture de téléphone portable.
- ➔ En cas de séparation ou de divorce, **JUGEMENT** précisant l'autorité parentale, le lieu de résidence de l'enfant et les modalités de garde OU ATTESTATION SUR L'HONNEUR du 2^{ème} parent accordant tout pouvoir à la scolarisation de l'enfant.

ATTENTION : les Dossiers incomplets ne seront pas traités

Date et Signature des Responsables légaux de l'enfant :

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à la gestion des inscriptions scolaires et des services périscolaires proposés par la Commune de LEOGNAN. Elles ne sont pas communiquées à des tiers. Les destinataires des données sont les agents habilités du Service Education et Affaires scolaires. Les données sont conservées la durée de l'année scolaire. Conformément à la loi Informatique et Libertés du 6 Janvier 1978 modifiée, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant au Service Education et Affaires scolaires de la Mairie de LEOGNAN. En cas de non réponse ou si la réponse vous paraît incomplète, vous pouvez saisir la CNIL.

Le **CERTIFICAT D'AFFECTATION SCOLAIRE** de l'enfant sera transmis **par mail**